



Nita M. Lowey CENTER FOR HEALTH IN SCHOOLS

OPEN DOOR FAMILY MEDICAL CENTER

Niños Sanos Para Un Futuro Mejor

Centros de Salud Basados en la Escuela (SBHC)

brindan servicios completos médicos, exámenes dentales y de salud mental, y atención a los estudiantes cuando están enfermos- todo dentro de la escuela de su hijo.

Con un enfoque en la prevención y el bienestar, los niños están saludables y listos para aprender.



SIN Costo ninguno. No hay copagos. Se aceptan todos los seguros. Niños sin seguro bienvenidos. **A LAS FAMILIAS NUNCA SE LES COBRA POR SERVICIOS.**



Elimina tiempo perdido en visitas a los consultorios médicos. Tiempo perdido del trabajo, viajando, esperando en salas de espera.



Los estudios nacionales indican que los estudiantes que **NO están inscritos** en un SBHC pierden **3 veces más tiempo** de clase que los estudiantes inscritos.



El personal del SBHC conoce a los estudiantes, la comunidad y cultura escolar, cuidando de los estudiantes con una perspectiva dentro de la escuela.



Los SBHC ayudan a los niños y las familias a controlar las condiciones crónicas-como el asma- para **evitar visitas a la sala de emergencias.**



Open Door ofrece **inscripción al seguro médico.** TODOS los niños del estado de Nueva York son elegibles.



SERVICIOS DEL SBHC

- Atención médica primaria (incluye exámenes físicos completos)
- Exámenes y atención de salud dental
- Exámenes de salud mental
- Exámenes físicos deportivos
- Vacunas
- Primeros auxilios / atención médica
- Pruebas de laboratorio
- Educación sobre la salud
- Referencias a atención especializada
- Atención de enfermedades crónicas (incluye asma, diabetes y control de peso)
- Inscripción al seguro médico
- Recetas

¿CÓMO FUNCIONA?

- Disponible para todos los estudiantes en el Distrito Escolar Central de Webutuck
- Los estudiantes de primaria serán acompañados al SBHC en el edificio de la escuela secundaria/EBIS
- El SBHC puede ser el proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo.
- Cada estudiante del SBHC tendrá un chequeo médico anual para mantener registros médicos actualizados.
- Los estudiantes que ya tienen un PCP aún pueden usar los servicios del SBHC mientras están en la escuela.

Se requiere **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES** una vez. Para inscribir a su hijo escanee el código QR.



El SBHC está ubicado:

En el pasillo que conecta a Webutuck High School y Eugene Brooks Intermediate School

Webutuck Central School District
194 Haight Road
Amenia, NY 12501
845-247-1040

Fuera del horario regular y durante fin de semana:

(914) OD-CARES
(914) 632-2737

Nita M. Lowey Centro de Salud en las Escuelas
Formulario de Consentimiento para el Centro de Salud Escolar

Al completar y firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el Centro de Salud Escolar (SBHC) de Open Door Family Medical Center brinde atención médica (en persona o virtual) al estudiante mencionado a continuación, incluyendo pruebas médicas necesarias, evaluaciones, inmunizaciones y manejo de cuidado, según lo permitido por la ley del estado de Nueva York.

Entiendo que:

1. Los proveedores médicos empleados por Open Door Family Medical Center brindan atención en el Centro de Salud Escolar (SBHC) ubicado dentro del distrito escolar de su hijo(a).
2. Los Centros de Salud Escolares están autorizados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para brindar servicios completos de atención médica.
3. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente mientras el estudiante esté inscrito en la escuela y viva en el distrito escolar, a menos que yo notifique al SBHC que deseo revocar mi consentimiento, lo cual puedo hacer en cualquier momento.
4. Todos los estudiantes inscritos en el SBHC tendrán una visita médica anual de bienestar en el SBHC. Cuando el proveedor del SBHC es el proveedor de atención primaria del estudiante, este será el examen físico anual. Para los estudiantes con un proveedor que no pertenece al SBHC (como un médico privado), esta será una visita breve para actualizar el registro médico y pruebas de rutina.
5. Se garantiza la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud en áreas de servicio específicas de acuerdo con la ley.
6. El registro del estudiante se mantendrá como un registro médico confidencial; no es un expediente escolar. Según lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley de Educación y el Reglamento del Comisionado, los exámenes de salud en los años escolares para los que se requieren, así como de los recién ingresados y los exámenes físicos deportivos, se compartirán con la enfermera de la escuela. La información de salud adicional se compartirá con la enfermera de la escuela solo cuando sea necesario, según lo determine la Directora Clínica del SBHC, para garantizar la salud y el bienestar del niño.
7. Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para el cuidado prenatal, servicios relacionados con educación sexual, salud mental, y prevención de embarazo, y servicios en casos donde la salud del estudiante parece estar en peligro. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes mayores de 18 años o para los estudiantes que son padres o están legalmente emancipados.
8. Se les promueve a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica.
9. Los padres y guardianes están bienvenidos a asistir a las citas con sus hijos. Si un padre o guardián no acompañara a su hijo(a), y cuando sea necesario debido a la edad del niño(a) o la ubicación del SBHC en un edificio separado, los pacientes serán acompañados hacia y desde el SBHC por un empleado de la escuela o un empleado de SBHC.

Autorizo a Open Door Family Medical Center a compartir información sobre el tratamiento a terceros pagadores u otras personas con fines de facturación y por cualquier motivo que pueda ser necesario para cumplir con las regulaciones de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de que me respondan a mis preguntas.

Nombre del Estudiante:		Dirección:		Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:		Escuela Actual:		Grado Actual:	
Nombre de Persona brindando Consentimiento:			Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Si mismo		
Firma:		Fecha:	Si el paciente tiene seguro médico, nombre de la compañía de seguro:		
# de Teléfono:	() -		Otro número de teléfono de contacto: () - Relación al paciente:		

Por favor elija uno:

- A. Me gustaría que el SBHC fuera el médico primario de mi hijo/a (exámenes físicos, visitas de enfermedad, etc.)
- B. Tengo un proveedor de atención primaria para mi hijo/a y me gustaría usar el SBHC para visitas de enfermedad y otros cuidados, según sea necesario. Como se indicó anteriormente, todos los estudiantes inscritos en el SBHC tendrán una visita anual del SBHC; esto no interferirá con la cobertura del seguro.

El nombre del proveedor de atención primaria de mi hijo/a es: _____

Me gustaría que el SBHC comparta los registros médicos con el proveedor de atención primaria de mi hijo/a Sí No